

CASOS CLINICOS 3 PARCIAL

Universidad del Sureste

Medicina Humana

Dr. GERARDO CANCINO GORDILLO

PRESENTA:

Karen Paola Morales Morales

GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:

7mo B, Clínicas médicas complementarias.

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 19 de noviembre del 2021.

Contenido

TRASTORNOS POR MALA ABSORCION.....	3
SINDROME DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL	3
SINDROME DE INTESTINO CORTO	4
DEFICIENCIA DE DISACARIDASA	5
ENFERMEDAD CELIACA	6
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES.....	7
ENFERMEDAD DE CHRON	7
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	8
COLITIS ULCEROSA.....	9
ENFERMEDADES HEPATOBILIARES.....	10
HIGADO GRASO NO ALCOHOLICO.....	10

TRASTORNOS POR MALA ABSORCION

SINDROME DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL

Mujer de 38 años de edad con obesidad mórbida, hipertensión arterial e hiperandrogenismo funcional ovárico, a la que se practicó derivación biliopancreática de Scopinaro en enero de 2019. Tres meses después seguía una alimentación variada, sin vómitos ni diarrea. La pérdida de grasas en heces era de 20 g/día (valor normal [VN], < 7 g/día) y presentaba concentraciones bajas de ferritina sérica (10,3 ng/ml), vitamina A (16 µg/dl), vitamina B12 (235 pg/ml) y ácido fólico (2,3 ng/ml), que se corrigieron con suplementos vitamínicos y minerales.

Al año de la cirugía, la paciente había perdido el 40% del peso prequirúrgico, refería vómitos ocasionales y 2-5 deposiciones diarias. La esteatorrea había aumentado hasta 54 g/día, de nuevo presentaba déficit de vitamina A y se objetivaron, además, déficit de cinc (24 µg/dl), e hipoproteinemia.

Se suplementó su dieta con 200 ml/día de una fórmula enteral hiperproteica (250 kcal; un 30% de proteínas, un 45% de hidratos de carbono y un 25% de lípidos), a pesar de lo cual desarrolló un cuadro de edemas generalizados acompañado de parestesias e hipoestesia en las manos y el pie derecho.

En el momento del ingreso se inició nutrición parenteral y se mantuvo la suplementación de la dieta oral con la fórmula enteral hiperproteica, sin que la paciente apenas experimentara mejoría. Ante la lenta evolución se le practicó un test de aliento con determinación de H₂ tras sobrecarga oral de lactulosa (10 g), en el que se evidenció, a partir del minuto 15 y hasta la finalización del test (a los 120 min), una eliminación de H₂ en el aliento de 60-120 partes por millón (ppm). Por lo que se diagnosticó **SINDROME DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL.**

Se inició tratamiento antibiótico con metronidazol (500 mg/8 h) y gentamicina (240 mg/24 h), y a partir de ese momento la paciente experimentó una notable mejoría, tanto clínica –con desaparición de los edemas y las sintomatologías neurológicas.

Ocho semanas después del alta hospitalaria, la paciente se encontraba asintomática y las concentraciones de proteínas se mantenían dentro de la normalidad.

SINDROME DE INTESTINO CORTO

Femenina de 30 años acude a urgencias con disartria, marcha inestable, parestesias en manos y confusión mental de una semana de evolución. En sus antecedentes personales había requerido una resección intestinal masiva del intestino delgado por trombosis de la vena mesentérica superior con necrosis extensa hace 5 años, con consecuencia de hiperparatiroidismo secundario a malabsorción, y seguía un tratamiento con complejos vitamínicos y acenocumarol, como tratamiento preventivo por su condición de hipercoagulabilidad familiar que predispuso al episodio trombótico.

Niega consumo de alcohol y tabaco, en los últimos 6 meses no consumió su tratamiento debido a no tener recursos económicos.

La exploración física mostró constantes vitales dentro de la normalidad, con marcada delgadez y palidez cutánea, lengua pastosa sin fetor enólico e importante sequedad de piel. El habla era disártrica, con auscultación cardiopulmonar, abdomen y extremidades sin hallazgos patológicos. La exploración neurológica sin rigidez de nuca ni signos meníngeos y con funciones corticales superiores, lenguaje y pares craneales normales. No afectación de la motilidad ocular, ni nistagmo, con fondo de ojo y campimetría visual sin hallazgos de interés. Sistema motor con reflejos osteotendinosos, reflejos cutáneo plantares flexores, fuerza, tono y tropismo normales, con sensibilidades superficial y profunda sin hallazgos significativos, así como marcha atáxica e inestable.

En los estudios de laboratorio se observó una hipoproteinemia de 6,3 g/dL, con pH de 7,22, bicarbonato de 5,7 mmol/L, magnesio de 0,9 mEq/L, albúmina de 3,8 g/dL e importante déficit de vitaminas A, B y D.

Se diagnostica con **SINDROME DE INTESTINO CORTO**, debido a la predisposición a un déficit de tiamina, sumado a una dieta deficiente y al abandono de su medicación habitual.

TRATAMIENTO: Administración de complejos vitamínicos, hierro, calcio, sulfato de zinc, una dieta de 2.000 Kcal sin residuos, evitando alimentos ricos en grasas saturadas, y reintroducción posterior de acenocumarol.

DEFICIENCIA DE DISACARIDASA

Paciente, mujer de 39 años de edad, atendida por primera vez en febrero de 2019. Con respecto a los antecedentes familiares no se destacan enfermedades generales de importancia ni trastornos de la alimentación.

Acerca de los antecedentes personales la paciente fue sometida a una lipectomía abdominal hace dos años (por distensión abdominal debida, supuestamente, al último embarazo). También en esta misma fecha, la paciente fue diagnosticada de intolerancia a la lactosa (tras la operación, dado que seguía teniendo distensión abdominal) mediante la realización de la prueba de hidrógeno espirado.

En el momento de la primera entrevista la paciente no realiza ejercicio físico, dada la falta de tiempo, aunque durante el verano de 2019 iba al gimnasio y a natación.

Tiene distensión abdominal, según parece, debido a la intolerancia a la lactosa, ya que a pesar de haber restringido la lactosa de su alimentación diaria, sigue teniendo atracones tomando alimentos que contienen dicho disacárido.

La paciente fuma y niega consumo de alcohol y drogas. Comenta que desde principios de 2019 se siente más irritable, manifiesta tener dificultad para reconocer y experimentar cambios corporales.

La paciente suele realizar 4 comidas al día: desayuno, media mañana, almuerzo, y cena. En muchas ocasiones la paciente no desayuna para compensar el exceso de

cantidad ingerida durante la noche, tomando simplemente un vaso de leche en algunas ocasiones. A media mañana toma otro vaso de leche con las compañeras del trabajo y en el almuerzo toma muy poca cantidad.

Durante el tratamiento, se establecen 5 comidas al día.

ENFERMEDAD CELIACA

Paciente de 1 año y 5 meses de edad, sexo masculino. Ingresó en el servicio de Gastroenterología. Producto del tercer embarazo y parto eutócico (padres desconocen el peso de nacimiento). Desarrollo psicomotor adecuado. Vacunas completas para la edad. Alimentación: lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, posteriormente alimentación complementaria de la olla familiar y fórmula de continuación. Ambos padres campesinos nativos de la misma región, sin antecedentes patológicos.

El cuadro clínico data de once meses de evolución, caracterizado por: deposiciones alteradas en consistencia y con frecuencia de cinco veces por día, lentería, vómitos de contenido gástrico y dolor abdominal intermitente hace tres meses. Fue internado en el hospital de Coroico en dos oportunidades recibiendo tratamiento con metronidazol, cotrimoxazol y zinc. Ante la persistencia de la lentería es que deciden transferirlo a nuestro hospital.

A su ingreso: peso 9.600 g, Talla 78 cm. Ligeramente pálido, desarrollo psicomotor adecuado y examen segmentario normal. Los diagnósticos de ingreso fueron: diarrea crónica, enteroparasitosis por epidemiología, enteropatía ambiental a descartar y anemia. Se realizaron diversos exámenes de laboratorio como parte del protocolo de diarrea crónica dentro los cuales destacan:

- ✚ hemograma que muestra una anemia (hemoglobina 101 g/L).
- ✚ Grupo sanguíneo: O Rh positivo.
- ✚ Química sanguínea: ionograma, glicemia y calcemia dentro de parámetros normales.

- ✚ Examen general de orina y urocultivo: normal.
- ✚ Test de Felhing negativo.
- ✚ Serología para Rotavirus negativo.
- ✚ Coproparasitológico seriado: negativo.
- ✚ Anticuerpos anti-endomisio elevado: 7 UI/mL (valor de referencia menor a 5.7 UI/mL),
- ✚ Anti-transglutaminasa elevado: 7 UI/mL (valor de referencia menor a 6.0 UI/mL).
- ✚ Biopsia intestinal que informa: relación vellosidad cripta preservada, aumento del número de linfocitos intraepiteliales, MARSH grado I – II, con estos resultado se llevo al diagnóstico de enfermedad celiaca.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES

ENFERMEDAD DE CHRON

Masculino de 54 años de edad acude a valoración a urgencias por dolor abdominal. Antecedentes personales patológicos: hipertensión arterial sistémica, colon irritable en tratamiento con antiespasmódico, metoclopramida y omeprazol, menciona que acudió a urgencias y con médico familiar en múltiples ocasiones por dolor abdominal en fosa iliaca derecha.

Padecimiento actual: inicia hace 1 mes con dolor tipo colico de intensidad moderada en hemiabdomen inferior de predominio derecho el cual ha ido en incremento, niega irradiaciones , sin atenuantes o exacerbantes, niega fiebre, niega nausea, niega sintomatología urinaria, refiere ultima evacuación de características normales.

Exploración física: signos vitales dentro de parámetros normales con buena coloración e hidratación de mucosas y tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso agudo, abdomen blando depresible globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis normoactiva, con dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, mc burney negativo, resistencia muscular voluntaria en hemiabdomen derecho, sin

datos de irritación peritoneal, no se palpa masa o plastron, tacto rectal con ámpula vacía.

Estudios de laboratorio:

leucocitos 11.300 /mm³, neutrófilos 9.000 /mm³, hemoglobina 15.60 g/dL, hematocrito 45.80%, plaquetas 203 /mm³, glucosa 107 g/dL, creatinina sérica 0.90 mg/dL, Deshidrogenasa Láctica 345 UI/L, amilasa sérica 68 U/L, bilirrubina total 0.85 µmol/L, examen general de orina nitritos negativos, leucocitos negativos, bacterias moderadas, mucina abundante

Estudios de gabinete: Radiografía de abdomen de pie y decúbito: se observa abundante coprostasia, escaso niveles hidroaéreos de predominio derecho. Tomografía Abdominal con aumento de grosor del apéndice cecal hasta 9.30 mm con cambios en la grasa pericecal.

Se realiza procedimiento quirúrgico en donde se reportan como hallazgos: apéndice cecal indurada, emplastronado con base respetada, necrosis, fibrina y absceso periférico escaso, se envía muestra a patología.

Patología: Enfermedad de Crohn, descripción histopatológica: granuloma con infiltración de neutrófilos a lámina propia, pérdida de epitelio. Se realiza colonoscopia, como parte de protocolo de estudio de enfermedad de Crohn, el cual reporta: Colon sigmoides redundante, resultado histopatológico, inflamación crónica inespecífica.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Femenino de 56 años de edad, con antecedentes patológicos quirúrgicos de histerectomía hace 5 años y de resección de tumor de páncreas hace 7 años, paciente no refiere alergias, ni antecedentes patológicos familiares.

Ingres a urgencias por presentar desde hace 15 días deposiciones de color café oscuro a negras, semiblandas; se acompaña de hiporexia, pérdida de peso desde hace varias semanas, hace 5 días la consistencia de las heces es más líquida y desde hace 2 horas se tornan sanguinolentas de color rojo oscuro, presenta además vértigo por lo que se decide hospitalizar.

Examen físico: Signos vitales: TA: 100/60, **FC:** 78 lpm, **FR:** 18 rpm, **T:** 35,9 axilar, **SATO2:** 86% **Peso:** 55 kilos Talla: 160 cm. Índice de masa corporal (IMC): 21.48 Paciente afebril, **Cabeza:** normocefálica.

Ojos: conjuntivas pálidas, pterigión bilateral, pupilas isocóricas, fotorreactivas, reflejo consensual y de acomodación presentes, escleras anictéricas. **Boca:** mucosas orales semihúmedas. **Cuello:** móvil, no doloroso, sin presencia de adenopatías, no ingurgitación yugular. **Tórax:** Corazón R1 y R2 rítmicos, sincrónicos con el pulso radial, no se auscultan soplos, pulmones murmullo vesicular conservado, no se auscultan ruidos sobreañadidos, elasticidad conservada. **Abdomen:** Inspección globoso, presenta cicatriz quirúrgica en región umbilical, Auscultación Ruidos hidroaéreos presentes, Percusión timpanismo a nivel del mesogastrio, matidez hepática y esplénica, Palpación suave, depresible, doloroso a la palpación profunda en marco colónico, Signo de Murphy (-), Signo de McBurney (+), Signo de Blumberg (-), Signo de Rovsing (+), Signo del Obturador (-). **Región lumbar:** puño percusión negativa. **Extremidades:** tono y fuerza muscular levemente disminuida, presenta xerosis.

COLITIS ULCEROSA.

Se presenta el caso de una paciente de 60 años de edad, con antecedentes de dolor abdominal y deposiciones con sangre y flemas de años de evolución. En la Videocolonoscopia realizada, observamos una mucosa con alteraciones compatibles con una Colitis Ulcerosa grado II – III.

En el estudio realizado observamos una mucosa que presenta eritema y edema en grado variable, según segmentos explorados, pérdida del patrón vascular,

erosiones friables, así como presencia de membranas y exudados, por lo que consideramos que estamos en presencia de una Colitis Ulcerosa grado II – III.

ENFERMEDADES HEPATOBILIARES

HIGADO GRASO NO ALCOHOLICO

Paciente de sexo masculino de 51 años acude a un chequeo de rutina, que incluye entre otros exámenes una radiografía de tórax, ecotomografía abdominal, y exámenes de laboratorio. Su peso es normal y consume alcohol en forma esporádica. En la ecotomografía abdominal se observa un aumento difuso de ecogenicidad del parénquima hepático compatible con esteatosis. En situación perivesicular a nivel del segmento V se identifica un área pseudonodular hipoecogénica que en un eje es redondeada, y en el otro es triangular, sin desplazamiento de estructuras, compatible con un área respetada de esteatosis (hígado normal). El resto del examen no muestra otras alteraciones.